



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONA INCAPACE O
IMPOSSIBILITATA (Modulo C)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

In qualità di Amministratore/Tutore/Curatore/Familiare o altro (specificare _____) del/della Sig./Sig.ra:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 8 del Regolamento UE 2016/679

A) ACCONSENTE al trattamento dei dati personali dell'Assistito/a, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza
 SI NO

B) ACCONSENTE che i dati clinici relativi all'Assistito/a, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie
 SI NO

C) CONCEDE, inoltre, il consenso
 SI NO
alla comunicazione dei dati personali dell'Assistito/a e relativi al suo stato di salute a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
<input type="radio"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medico Curante	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Altro	_____	_____	_____	_____

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma del Responsabile/Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)